

Reporte de Caso

Enfermedad por arañazo de gato: reporte de caso en un niño.

Cat scratch disease: case report in a child.

Mauro Pablo Meza Olivera^{1,2,a}; Mai Ling Guevara Terán^{3,a}; Fiorela Alexandra Echeverre Alemán^{2,c}

Filiación:

1. Servicio de Pediatría, Hospital Regional JAMO II-2, Tumbes, Perú.
2. Escuela de Medicina Humana, Universidad Nacional de Tumbes, Perú,
3. Facultad de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú
- a. Médico Pediatra, Doctor en Ciencias de la Salud.
- b. Médico Pediatra.
- c. Interna de Medicina

Correspondencia: Mauro Pablo Meza Olivera; Miguel Grau manzana LL lote 5 - Puyango, Tumbes- Perú; mmezao@untumbes.edu.pe, Teléfono: +51972969712.

ID ORCID de los autores

Mauro Pablo Meza Olivera

Mai Ling Guevara Terán;

Fiorela Alexandra Echeverre Alemán

<http://orcid.org/0000-0003-2249-6804>

<http://orcid.org/0009-0005-8341-7024>

<http://orcid.org/0000-0002-0392-3893>

Declaración de autoría: Los autores declaran que participaron conceptualización, Metodología, Software, Investigación, Curación de datos, Redacción-Borrador Original, Redacción-Revisión y edición.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento: El presente estudio fue financiado con recursos propios de los autores y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Recibido: 14-03-2026.

Aceptado: 22-03-2026.

Publicado: 31-03-2026.

RESUMEN

Introducción: La *Bartonella Henselae* es una bacteria gramnegativa que vive en los gatos, que están en contacto directo con heces y mordeduras de pulgas infectadas. **Reporte de Caso:** Se reporta un niño de 5 años con fiebre prolongada, linfadenopatía en hemicara derecha dolorosa a la palpación. El diagnóstico se confirmó mediante prueba de inmunofluorescencia indirecta IgM e IgG para *Bartonella Henselae*. **Discusión:** La presentación clínica fue de un caso de enfermedad de arañazo con sus manifestaciones clínicas más típicas. La evolución del paciente fue larga, favorable y sin secuelas como lo describe la literatura. **Conclusión:** Este caso evidencia la alta incidencia de casos febriles de curso prolongado en la Región Tumbes y la falta de métodos de laboratorio para su diagnóstico oportuno.

Palabras clave: *Bartonella Henselae*; Linfadenopatía; Arañazo de gato; Tumbes. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction: *Bartonella Henselae* is a gram-negative bacterium that lives in cats that come into direct contact with feces and bites from infected fleas. **Case report:** A 5-year-old boy presented with prolonged fever and painful lymphadenopathy on the right side of his face. The diagnosis was confirmed by indirect immunofluorescence testing for IgM and IgG antibodies against *Bartonella Henselae*. **Discussion:** The clinical presentation was consistent with a case of cat scratch disease, exhibiting its typical clinical manifestations. The patient's recovery was long, favorable, and without sequelae, as described in the literature. **Conclusion:** This case highlights the high incidence of prolonged febrile illnesses in the Tumbes Region and the lack of laboratory methods for their timely diagnosis.

Keywords: *Bartonella Henselae*; Lymphadenopathy; Cat scratch; Tumbes. (Fuente: DeCS-BIREME)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis de presentación febril caracterizada por el desarrollo de linfadenopatía regional subaguda, causada por *Bartonella henselae*, un bacilo gramnegativo intracelular facultativo (1). Presenta una distribución mundial, con mayor incidencia en población pediátrica; aproximadamente el 55% de los casos ocurre en menores de 18 años, con predominio en el sexo masculino (60%) (2). La incidencia estimada de EAG es de aproximadamente 9,3 casos por cada 100 000

habitantes, lo que equivale a cerca de 24 000 nuevos casos anuales en los Estados Unidos, afectando principalmente a niños entre 2 y 14 años (3).

En el Perú, se han reportado 43 casos sospechosos, de los cuales 12 fueron confirmados mediante pruebas serológicas y estudio histopatológico. La población afectada correspondió principalmente a niños con una edad promedio de 10 años, quienes presentaron predominantemente adenopatía regional (4).

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de un niño de 5 años de edad, sin antecedentes patológicos, pero con el antecedente epidemiológico de tener una vecina que tenía algunos gatos con los que él jugaba ocasionalmente.

El paciente, llegó referido al Hospital Regional de Tumbes "JAMO" II-2 por presentar un tiempo de enfermedad de 14 días que inicia con fiebre, otalgia derecha y tos esporádica, lo cual cede, sin embargo en el transcurso de los días persiste febril, por lo que es llevado a su Centro de Salud más cercano, donde al persistir febril y al notarle una masa infraauricular derecha, le solicitan una ecografía de partes blandas reportada como: Adenopatía cervical derecha y Adenopatía cigomática y mastoidea derecha, por lo que deciden iniciar

antibioticoterapia endovenosa, pero al no mostrar mejoría, es referido a nuestro Hospital.

Al examen clínico: signos vitales dentro de los parámetros normales para su edad, peso: 20.5kg. A nivel de cara, se evidenció una tumoración de aproximadamente 09 x 10 cm en región de hemicara derecha de aspecto indurado, poco móvil, sin signos de flogosis y doloroso a la palpación (Figura 1). Se le manejó inicialmente como una Parotiditis Infecciosa P/ Bacteriana y se indicó Cefazolina a 100mg/kg/día, Clindamicina a 35mg/kg/día y Paracetamol 15mg/kg/do condicional a Fiebre, que posteriormente por la persistencia de fiebre se dejó en horario de cada 6 horas.

Durante la estancia hospitalaria, dada la persistencia de la Fiebre, se realizaron diferentes exámenes de laboratorio los cuales todos dieron resultados dentro de los parámetros normales. Sin embargo, por la fiebre persistente, el malestar general y la irritabilidad del paciente, se consideró al 3er día de hospitalización iniciar Azitromicina a 10 mg/kg/día por sospecha de Enfermedad por Arañazo de gato y al 5to día, por considerarse una adenopatía abscedada y al no haber mejoría clínica, se rotó Cefazolina y Clindamicina a Vancomicina 60mg/kg/día y Meropenem 40mg/kg/día por vía endovenosa.

Al quinto día de hospitalización, también se le solicitó Serología para Bartonella Henselae, sin embargo, hubo retraso en la toma de muestra, puesto que, en el Hospital Regional de Tumbes, la prueba solo se realiza los días martes y se entregan resultados después de 15 días hábiles, ya que la muestra se deriva al Instituto Nacional de Salud para su análisis.

El paciente en su octavo día de hospitalización, ya no presenta picos febriles. En su día once, se logra la teleconsulta con Infectología Pediátrica del INSN Breña, quienes sugieren: Suspender antibioticoterapia endovenosa, Seguimiento con hemograma y PCR y para el alta: Cotrimoxazol 10 mg / kg/ c/12 h VO, Levofloxacin 15 mg/ kg / c/ 24 h VO, control ecográfico de partes blandas en 2 semanas, y una cita control por consultorio externo en 2 semanas post alta hospitalaria.

Al ceder la fiebre, con disminución notable de la tumoración en hemicara derecha, se decidió el alta del paciente. El resultado enviado por el INS, se recibió al día siguiente del alta del paciente, siendo positivo para Bartonella Henselae, confirmándose el diagnóstico de Enfermedad por Arañazo de Gato.

Tuvimos oportunidad de controlar al niño a los 10 días del alta, el edema facial ya había remitido totalmente y se encontraba asintomático (Figura 2)

Figura 1. Paciente con tumoración de aproximadamente 09 x 10 cm en región de hemicara derecha.



Figura 2. Paciente a los 10 días del alta con una recuperación en su totalidad sin secuelas.



Tabla 1. Resultados de los exámenes de diagnóstico.

Prueba	Método	Resultado	Título	Interpretación clave
IgM <i>Bartonella henselae</i>	Inmunofluorescencia indirecta	Positivo	01:20	Sugiere infección reciente (IgM $\geq$ 1:20)
IgG <i>Bartonella henselae</i>	Inmunofluorescencia indirecta	Positivo	0.219444444	Evidencia de exposición/infección establecida

Serología positiva para *Bartonella henselae* evidenciada por inmunofluorescencia indirecta, con IgM en título 1:20 e IgG en 1:256. La positividad de IgM sugiere infección reciente o fase aguda, mientras que la elevación de IgG indica respuesta inmunológica y exposición previa al patógeno. La

combinación de ambos marcadores es compatible con infección activa o en evolución. Estos hallazgos, en el contexto clínico adecuado, apoyan el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato y orientan la necesidad de manejo clínico y seguimiento oportuno del paciente.

DISCUSION

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis causada por *Bartonella henselae*, un bacilo gramnegativo, pleomórfico, aerobio, intracelular facultativo, con capacidad de persistir en el endotelio vascular y eritrocitos (5).

En huéspedes inmunocompetentes, la EAG suele presentarse como un cuadro clínico autolimitado y de curso benigno (2). El principal reservorio y vector son los gatos domésticos, los cuales adquieren la infección a través de la pulga *Ctenocephalides felis*, desarrollando posteriormente bacteriemia. La transmisión al humano ocurre mediante rasguños, mordeduras o contacto de saliva infectada con piel lesionada (6).

La presentación clínica típica se caracteriza por fiebre, aparición de una pápula o pústula en el sitio de inoculación y desarrollo subsecuente de linfadenopatía regional dolorosa (7). Los ganglios linfáticos comprometidos suelen presentar aumento de volumen, dolor a la palpación y, en algunos casos, evolución a supuración, con una duración que puede extenderse por semanas o meses (8). Asimismo, se han descrito formas atípicas con compromiso sistémico, incluyendo afectación ósea, ocular, neurológica y cardíaca (9).

Dado su amplio espectro clínico, no existe un único estándar de oro diagnóstico, por lo que este se basa en la integración de criterios clínicos, antecedentes epidemiológicos y pruebas complementarias (10). En el caso presentado, el paciente cursó con fiebre y aumento de volumen en hemicara derecha asociado a dolor, hallazgos compatibles con compromiso ganglionar regional.

El aislamiento microbiológico de *B. henselae* es limitado debido a su difícil cultivo, por lo que el diagnóstico se sustenta principalmente en pruebas serológicas, como el enzimoimmunoensayo y la inmunofluorescencia indirecta (11). En este caso, la obtención y procesamiento de la muestra se vieron retrasados por limitaciones logísticas del sistema hospitalario, dado que el análisis se realiza en el Instituto Nacional de Salud bajo horarios específicos, con tiempos de respuesta aproximados de 15 días. A pesar de ello, se obtuvieron resultados positivos para IgM (1:20) e IgG (1:256) mediante inmunofluorescencia indirecta para *B. henselae* (tabla 1), compatibles con infección reciente o en curso.

En los casos leves de EAG, el tratamiento puede no ser necesario, ya que la enfermedad suele resolverse espontáneamente. El manejo sintomático con antipiréticos, antiinflamatorios y medidas locales suele ser suficiente. En pacientes inmunocompetentes con enfermedad leve a moderada, la administración de azitromicina (10 mg/kg/día por 5 días) puede favorecer la resolución clínica, aunque no se ha demostrado una reducción significativa en la duración total de los síntomas (12).

Si bien muchos pacientes con linfadenopatía presentan resolución espontánea sin tratamiento antibiótico específico (13), se recomienda considerar terapia antimicrobiana con el objetivo de prevenir complicaciones sistémicas, las cuales pueden presentarse hasta en el 14% de los casos, incluyendo compromiso hepático, esplénico, ocular o del sistema nervioso central (14). Cabe destacar que las recomendaciones terapéuticas se basan principalmente en reportes de casos, series clínicas y experiencia acumulada, y que la sensibilidad in vitro no siempre se correlaciona con la respuesta clínica, por lo que no debe ser el único criterio para la selección antibiótica (15).

En el presente caso, el paciente recibió tratamiento con azitromicina por vía oral; sin embargo, ante la respuesta clínica parcial, se decidió escalar a antibioticoterapia de amplio espectro, observándose mejoría progresiva del aumento de volumen en hemicara derecha y resolución del síndrome febril, permitiendo su alta hospitalaria en condiciones favorables (Figura 2).

En conclusión, el abordaje diagnóstico y terapéutico de la EAG debe fundamentarse en la integración de la clínica, antecedentes epidemiológicos y métodos complementarios, siendo la sospecha clínica un elemento clave, especialmente en contextos donde existen limitaciones diagnósticas o retrasos en la obtención de resultados serológicos. Este caso resalta la elevada frecuencia de síndromes febriles prolongados en la región Tumbes y la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica para optimizar el manejo oportuno y prevenir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar F, Martins T. Seronegative cat scratch disease in a patient with systemic lupus erythematosus. *Acta Reumatol Port.* 2018;43(3):241-242. Disponible en: <https://www.actareumatologica.pt/article.php?id=677>
2. Theran J, Dulcey L, Oliveros K. Bartonella henselae agente causal de enfermedad del arañazo de gato: descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cienc Lat Rev Cient Multidiscip.* 2022;6(4):4847-4856.
3. Cedillo M, Pesántez A, Díaz R, Sandoval PF, Sandoval VF. Enfermedad por arañazo de gato: revisión bibliográfica a propósito de un caso. *Rev Científica (Ecuador).* 2020;6(2):46-58.
4. Miranda E, Candela J, Díaz J, Fernández A, Kolevic L, Patiño L, et al. Bartonella henselae en niños con adenitis regional atendidos en un hospital nacional del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(2):274-277. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/60>
5. Nelson CA, Moore AR, Perea AE. Cat scratch disease: U.S. clinicians' experience and knowledge. *Zoonoses Public Health.* 2018;65(1):67-73. doi:10.1111/zph.12404
6. Mesa O, Travieso G, Ferrer H, Gámez H, Rodríguez R, Govín JF, et al. Enfermedad por arañazo de gato. *Rev Cuba Invest Bioméd.* 2016;35(3):294-299. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000300011
7. Tsuneoka H, Stone T. What do health professionals need to know about cat scratch disease? *Nurs Health Sci.* 2025;27(4):e70243.
8. Sabir S, Daley SF, Huang B. Cat scratch disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 2026 mar 29]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482139/>
9. Deregibus M, Bagnara E, Buchovsky A. Enfermedad por arañazo de gato: experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Arch Argent Pediatr.* 2023;121(1):e202202592. doi:10.5546/aap.2022.2592
10. Spach DH, Sheldon L. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease. UpToDate [Internet]. 2025.
11. Cardoso TL, Gonçalves JM, Hartwig DD. Bartonella henselae: a challenging diagnosis with a bright future. *J Microbiol Methods.* 2025;239:107296. doi:10.1016/j.mimet.2024.107296
12. Pennisi MG, Marsilio F, Hartmann K, Lloret A, Addie D, Belák S, et al. Bartonella species infection in cats: ABCD guidelines on prevention and management. *J Feline Med Surg.* 2013;15(7):563-569. doi:10.1177/1098612X13489235
13. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Bartonella henselae (cat-scratch disease). En: Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. 32nd ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2021. p.866.
14. Spach DH, Kaplan SL. Treatment of cat scratch disease. UpToDate [Internet]. 2025.
15. Angelakis E, Raoult D. Pathogenicity and treatment of Bartonella infections. *Int J Antimicrob Agents.* 2014;44(1):16-25. doi:10.1016/j.ijantimicag.2014.04.006